

32. Horton K.M., Fishman E.K. *Computed tomography evaluation of intestinal ischemia*. Semin. Roentgenol. 2001; 36(2): 118-125.

33. Horton K.M., Fishman E.K. *Multidetector CT angiography in the diagnosis of mesenteric ischemia*. Radiol. Clin. North. Am., 2007; 45(2):275-288.

34. Shih M.C., Angle J.F., Leung D.A. et al. *CTA and MRA in mesenteric ischemia: part 2, Normal findings and complications after surgical and endovascular treatment*. Am. J. Roentgenol. 2007; 188(2): 462-471.

35. Rha S.E., Ha H.K., Lee S.H., Kim J.H., Kim J.K., Kim J.H., Kim P.N., Lee M.G., Auh Y.H. *CT and MR imaging findings of bowel ischemia from various primary causes*. Radiographics., 2000; 20(1):29-42.

36. Zalcman M., Sy M., Donkier V., Closset J., Gansbeke D.V. *Helical CT scans in the diagnosis of intestinal ischemia in small-bowel obstruction*. Am. J. Roentgenol., 2000; 175(6): 1601-1607.

37. Zandrino F., Musante F., Gallesio I. et al. *Assessment of patients with acute mesenteric ischemia: multislice computed tomography scans and clinical performance in a group of patients with surgical correlation*. Minerva Gastroenterol. Dietol., 2006; 52(3): 317-325.

38. Rosow D.E., Sahani D., Strobel O. et al. *Imaging of acute mesenteric ischemia using multidetector CT and CT angiography in a porcine model*. J. Gastrointest. Surg. 2005; 9(9): 1262-1274; discussion 1274-1275.

39. Lee R., Tung H.K., Tung P.H., Cheung S.C., Chan F.L. *CT in acute mesenteric ischaemia*. Clin. Radiol., 2003 Apr; 58(4):279-87.

40. Alpen M.B., Glazer G.M., Francis I.R. *Ischaemic of infarcted bowel: CT findings*. Radiology, 1988; 166(1 Pt 1):149-152.

41. Clark R.A. *Computed tomography of bowel infarction*. J. Comput. Assist. Tomogr., 1987; 11(5):757-762.

42. Federle M.P., Chun G., Jeffrey R.B., Rayor R. *Computed tomographic findings in bowel infarction*. AJR Am. J. Roentgenol., 1984; 142(1):91-95.

Rezumat

Ischemia mezenterică acută este o condiție de urgență cu o mortalitate înaltă. A fost estimat că aproximativ 1% din pacienții care se prezintă cu abdomen acut suferă de această patologie, iar mortalitatea la categoria dată de bolnavi depășește 60%. Cu toate acestea, tabloul clinic nu are o simptomatologie specifică. Tomografia computerizată (TC) este folosită tot mai mult pentru a depista ischemiile mezenterice acute la pacienții cu tabloul clinic de abdomen acut. Această investigație este destul de accesibilă, descrie semnele de ischemie ale intestinului și poate releva cauza care stă la baza acesteia, astfel facilitează semnificativ munca unui chirurg în gestionarea situațiilor de urgență.

Summary

Acute mesenteric ischaemia is an emergency condition with a high mortality. It has been estimated that about 1% of patients presenting with acute abdomen have bowel ischaemia. The mortality in patients suffering from

acute mesenteric ischaemia exceeds 60%. The clinical presentation and signs could be non-specific. Computed tomography (CT) is increasingly used to detect bowel ischaemia or infarct in patients presenting with acute abdomen. This investigation is readily available, usually depicts the signs of bowel ischaemia, and may reveal the underlying cause, thus significantly aiding the surgeons in the emergency management.

Резюме

Острое нарушение мезентериального кровообращения – срочная хирургическая патология, характеризующаяся высокой летальностью. Выявлено, что данное заболевание встречается у около 1% больных, обратившихся с «острым животом», при этом летальность у данной категории больных превышает 60%. Однако клинические симптомы не являются специфичными. Компьютерная томография (КТ) все чаще используется для выявления острых нарушений мезентериального кровообращения у пациентов с клиникой «острого живота». Это исследование вполне доступно, отображает признаки ишемии кишечника и может выявить причину патологии, чем оказывает значительную помощь хирургам при постановки диагноза в чрезвычайных ситуациях.

CHISTUL HIDATIC PELVIAN

Igor Mișin¹, dr. hab. în med., conf. Cercetător,

Eugen Gladun², dr. hab. în med., prof. univ.,
membru corespondent al AȘ RM,

Ana Mișina³, dr. în medicină

¹Catedra de Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”,

Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Medicină și

Farmacie “Nicolae Testemițanu”,

Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, ²Catedra de Perfecționare a Medicilor

Obstetrică-Ginecologie USMF „Nicolae

Testemițanu”, ³Secția ginecologie chirurgicală,

Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul

Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Introducere. Echinococoza este o parazitoză provocată de *Echinococcus granulosus*, iar în cazuri mai rare – de *Echinococcus multilocularis*, localizarea mai frecventă fiind în ficat (59-75%) și pulmoni (15-27%) [5]. Echinococoza pelviană este o patologie rară, constituind 0.2–2.2% din totalitatea localizărilor [4]. În regiunile endemice frecvența localizării pelviene constituie 1 la 1000 intervenții ginecologice transabdominale [14] sau 0.8–1.8% din totalitatea formațiunilor chistice pelviene [4, 20].

Echinococoza pelviană se întâlnește la orice vârstă, mai frecvent, însă, între 20 și 40 de ani [31]. Astfel, în seria de cazuri clinice publicată recent, vârsta media a pacienților cu echinococoză pelviană a constituit 41.6 (22-79) ani [8].

Echinococul pelvian deseori este secundar, în rezultatul erupției chistului în cavitatea peritoneală în cazul localizării primare hepatice sau lienale, sau ca urmare a intervențiilor chirurgicale pentru echinococoză a organelor menționate [2, 16, 26]. Totuși, există cazuri documentate și publicate de echinococoză pelviană primară [1, 3, 8, 13, 15, 23, 26-28, 30, 33, 34, 37-39]. În toate aceste publicații sunt descrise cazuri unice ori serii de cazuri clinice de echinococoză pelviană, majoritatea fiind observate în regiuni endemice pentru această parazitoză, cu prevalența populației rurale (circa 60%) [8, 9, 12, 20].

Afectarea organelor genitale interne se observă în circa 80% cazuri de echinococ pelvian, ovarul fiind pe locul întâi [1, 4, 5, 8, 11, 13, 16, 17, 20], uterul plasându-se pe locul secund (figura 1) [6, 8, 23]. Sunt descrise localizări rare ale echinococului pelvian: rectul, intestinul subțire și cel gros, vezica urinară, ligamentele uterine rotund și lat, diafragma pelvian și spațiile retroperitoneale și paravaginale [5, 9, 25, 30, 32, 33]. Cea mai rară localizare a echinococului pelvian este trompa uterină [8, 19].

Patogeneza echinococozei pelviene primare este studiată insuficient, totuși mecanismul principal de apariție a acestei localizări este considerată implantarea prin sistemul circulator și cel limfatic [14].

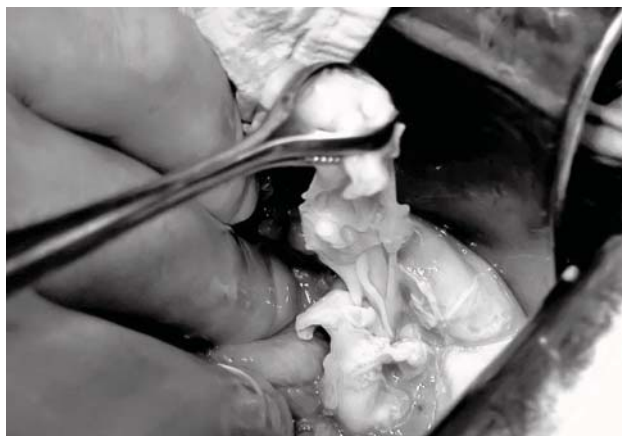


Fig. 1. Echinococ pelvian: lumenul chistului deschis și evacuarea conținutului.

Tabloul clinic. Manifestările clinice ale echinococului pelvian sunt nespecifice, fiind determinate de dimensiunile chistului, compresiei organelor adiacente și de apariția complicațiilor [14, 26, 33]. Cele mai frecvente simptome, conform seriilor clinice publicate anterior, sunt: durere și disconfort în hipogastru,

mărirea volumului abdomenului, dereglarea ciclului menstrual, sterilitatea [8, 26, 32]. Există cazuri publicate de echinococ pelvian la gravide, fiind dificilă nașterea pe cale naturală [11, 26, 39, 40].

Sunt publicate cazuri de echinococ pelvian cu prolaps prin canalul inghinal sau cel femural, simulând hernii externe [35, 41]. În cazuri rare echinococul pelvian poate simula chist ovarian [32, 38], tumori ovariene maligne [18, 24, 29, 36] sau canceromatoză ca urmare a cancerului ovarian [22]. Unul dintre factorii care fac dificil diagnosticul diferențial al echinococului pelvian este nivelul sporit al markerului tumoral CA-125 la acești pacienți [29].

Diagnostic

Diagnosticul preoperator prezintă dificultăți [4, 20, 21, 32, 36]. În literatură sunt descrise cazuri unice de diagnostic al echinococozei pelviene în baza ultrasonografiei [8, 16, 32]. Aspectul ultrasonografic (conform clasificării Gharbi H.A., 1981), chistul hidatic de tip I (lichidiene, monocamerale) simulează chistadenomul ovarian, iar cel de tip II (multicamerale cu hidatide fiice) – chistadenomul mucinos ovarian [2, 32, 30]. Conform opiniei lui Chelli D. et al. (2010), doar tipurile II și III pot fi corect diagnosticate preoperator, iar celelalte tipuri pot simula alte patologii ale bazinului. Astfel, echinococul pelvian de tip IV cel mai frecvent simulează tumori maligne ale bazinului, iar cel de tip V (calcificarea pereților) – fibrom [23]. Din cauza creșterii lente, durând zeci de ani, echinococul pelvian poate fi și de 20 cm [14].

Totuși, în caz de prezență a formațiunilor chistice pelviene în asocieră cu formațiuni similare hepatice, lienale sau pulmonare, poate fi suspectată originea parazitara a acestora [11, 32].

Semnificația de diagnostic a testelor serologice pentru depistarea echinococului pelvian nu este definitivă, fiind descrise cazuri unice de reacții pozitive (hemaglutinare indirectă) în caz de combinare a echinococozei pelviene cu cea hepatică și lienală [15, 16, 32].

În caz de echinococ pelvian, testele serologice deseori sunt fals-negative [20] și este recomandată utilizarea acestora doar în perioada postoperatorie cu scop de depistare a eventualei recidivări. Examenul radiologic pulmonar cu scop de stabilire a originii formațiunilor chistice ale bazinului este util, îndeosebi în regiunile endemice pentru echinococoză [4, 26].

Tratament. Tratamentul medicamentos preoperator antiparazitar reduce semnificativ dimensiunile chistului hidatic și, deci, potențiala necesitate de intervenții extinse [16, 30]. Mai mult ca atât, tratamentul medicamentos poate fi definitiv în cazuri inoperabile [30].

Tratamentul chirurgical este considerat metoda

de elecție pentru această localizare, volumul intervenției fiind influențat de localizarea chistului, gradul de implicare a organelor reproductive și vârsta pacientului [2, 5, 20, 32, 33]. Extirparea totală a echinococului pelvian (perichistectomia/chistectomia totală) este considerată cea mai rațională metodă de tratament al chistului hidatic pelvian (figura 2), îndeosebi în perioada reproductivă [4, 11, 13, 14].



Fig. 2. Rezecția totală a capsulei fibroase.

Conform opiniei lui Rahman M.S. et al. [26], este argumentată ovariectomia la pacientele tinere în caz de echinococoză ovariană unilaterală, ovariectomia bilaterală fiind rezervată doar pacienților în menopauză.

În cazul formelor diseminate de echinococ pelvian sunt indicate intervențiile extinse – histerectomia și anexectomia prin acces abdominal [2, 8, 29, 36, 38] și rezecția peretelui vaginal [30]. În caz de risc operator sporit și forme diseminate, chimioterapia cu albendazol este considerată metoda de tratament de elecție [13, 15]. Sunt descrise cazuri de regresie semnificativă a echinococului pelvian după tratamentul cu albendazol [16].

În caz de imposibilitate de înlăturare totală a capsulei fibroase, poate fi efectuată rezecția parțială a chistului [8], cu sau fără omentoplastia cavității restante [33]. În timpul intervențiilor chirurgicale pentru echinococ pelvian persistă următoarele riscuri: (1) posibila leziune a chistului și, deci, potențiala recidivă; (2) infertilitatea pacientelor în caz de înlăturare bilaterală a anexelor uterine [13].

Este importantă selectarea etapei primare de echinococectomie în caz de combinare a localizării pelviene cu altele. Astfel, în caz de combinare a localizării pelviene cu cea pulmonară, unii autori recomandă intervenția pe organele cavității toracice, în vederea profilaxiei eruperii hidatidozei pulmonare în timpul echinococectomiei pelviene [4, 26]. În caz de asociere cu echinococoză a organelor cavității peritoneale, pot fi efectuate intervențiile unimomentane [8, 21].

Există comunicări referitor la utilizarea tehnicilor laparoscopice pentru echinococectomie [7, 8, 10]. Conform datelor lui Chelli D. et al. (2010), tratamentul laparoscopic al chistului hidatic pelvian este mai facil, comparativ cu alte localizări, pe motiv de lipsă frecventă a capsulei fibroase.

Atât în caz de intervenții tradiționale sau laparoscopice este principală protejarea cavității peritoneale de conținutul hidatic, prin utilizarea meșelor și soluțiilor scolicide. La fel ca și în cazul echinococului cu altă localizare, în calitate de agent scolucid este utilizată soluția hipertonică de clorură de natriu și povidon-iodine [8, 33].



Fig. 3. Piesă operatorie – membrana chitinoasă.

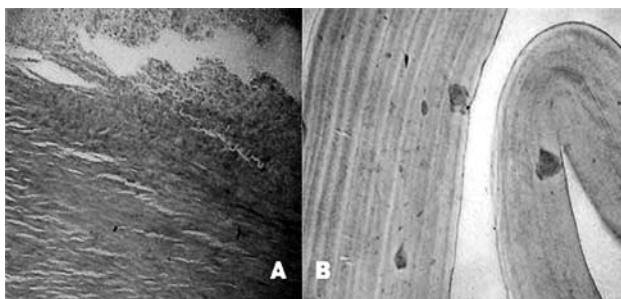


Fig. 4. Histologie: (A) capsula fibroasă (B) membrana chitinoasă. (HEX40).

Conform datelor lui Gamoudi A. et al. (1995), rata recidivei constituie 8–22%, fiind descrise în medie la 2 ani postoperator. Există date de recidivă a chistului hidatic pelvian la termene timpurii (6 luni) [8].

Cu scop de prevenire a recidivei echinococului în perioada postoperatorie, sunt indicate preparatele antiparazitare (albendazole – 400 mg/24 h, timp de 4-6 luni) [2, 25, 30, 33, 36].

Soumakis K. et al. (2007) a descris metoda mai puțin invazivă de tratament al chistului hidatic pelvian – PAIR (Puncție – Aspirație – Instilație de preparat scolucid – Reaspirație), ca alternativă a tratamentului chirurgical, experiența de utilizare a acesteia fiind deja acumulată în cazul chistului hidatic hepatic.

Depistarea membranelor chitinoase în timpul

examenului histologic (figurile 3, 4) sau a scolecşilor, care se întâlneşte în circa 60% cazuri, este esenţială pentru stabilirea diagnosticului definitiv [14, 29, 36].

Concluzii. Aşadar, chistul hidatic pelvian reprezintă o localizare rară a acestei parazitoze, la examenul imagistic simulează chisturi şi tumori maligne ovariene, iar în regiunile endemice necesită de a fi inclus în diagnosticul diferenţial al formaţiunilor chistice pelviene. Tratamentul chirurgical reprezintă metoda de elecţie. Supravegherea pe o durată îndelungată este esenţială din cauza potenţialului risc de recidivă a patologiei.

Bibliografie

1. Aksu M.F., Budak E., Ince U., Aksu C. *Hydatid cyst of the ovary*. Arch. Gynecol. Obstet., 1997; 261(1):51-53.
2. Aydogdu T., Gungor T., Cavkaytar S., Tug M. *Pelvic echinococcosis in differential diagnosis of pelvic masses*. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006; 129(1):98-99.
3. Azhar H. *Primary echinococcal infection of the ovary*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1977; 84(8):633.
4. Baba A., Chaieb A., Khairi H., Keskes J. *Profil epidemiologique d'l'hydatidose pelvienne*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 1991; 20(5):657-660.
5. Balik A.A., Celebi F., Başglu M., Oren D., Yildiran I., Atamanalp S.S. *Intra-abdominal extrahepatic echinococcosis*. Surg. Today. 2001; 31(10):881-884.
6. Başgül A., Kavak Z.N., Gökaslan H., Küllü S. *Hydatid cyst of the uterus*. Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2002; 10(2):67-70.
7. Bickel A., Loberant N., Singer-Jordan J., Goldfeld M., Daud G., Eitan A.. *The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts: a prospective nonselective study using the isolated hypobaric technique*. Arch. Surg.. 2001; 136(7):789-795.
8. Chelli D., Methni A., Gatri C., Boudaya F., Affes M., Chennoufi M.B. *Pelvic hydatid (echinococcal) disease*. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2010; 109(1):45-48.
9. Clements R., Bowyer F.M. *Hydatid disease of the pelvis*. Clin. Radiol. 1986; 37(4):375-7.
10. Chowbey P.K., Shah S., Khullar R., Sharma A., Soni V., Baijal M., Vashistha A., Dhir A.. *Minimal access surgery for hydatid cyst disease: laparoscopic, thoracoscopic, and retroperitoneoscopic approach*. J Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.. 2003; 13(3):159-165.
11. Dede S., Dede H., Caliskan E., Demir B. *Recurrent pelvic hydatid cyst obstructing labor, with a concomitant hepatic primary. A case report*. J. Reprod. Med. 2002; 47(2):164-6.
12. Fekih M.A., Abed A., Chelli H., Khrouf M., Chelli M. *Pelvic hydatid cyst and pregnancy. Four cases*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 1992; 21(7):803-805.
13. Gamoudi A., Ben Romdhane K., Farhat K., Khattech R., Hechiche M., Rahal K. *Ovarian hydatid cyst. 7 cases*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 1995; 24(2):144-148.
14. Georgakopoulos P.A., Gogas C.G., Sariyannis H.G. *Hydatid disease of the female genitalia*. Obstet. Gynecol., 1980;55(5):555-559.
15. Halefoglu A.M., Yasar A. *Huge retrovesical hydatid cyst with pelvic localization as the primary site: a case report*. Acta Radiol., 2007; 48(8):918-920.
16. Hiller N., Zagal I., Hadas-Halpern I. *Echinococcal ovarian cyst. A case report*. J. Reprod. Med. 2000; 45(3):224-226.
17. Konar K., Ghosh S., Konar S., Bhattacharya S., Sarkar S. *Bilateral ovarian hydatid disease--an unusual case*. Indian J. Pathol. Microbiol., 2001; 44(4):495-496.
18. Kumar S., Singla S., Singh N., Gupta P. *Primary ovarian echinococcosis mimicking an ovarian carcinoma: an uncommon masquerade even in the developing world*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2010; 89(11):1495-1496.
19. Laghzaoui M., Aderdour M., Bouhya S., Zinoun N., Hermas S., Aderdour M. *Hydatid cyst of the fallopian tube: a case report*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 2002; 31(4):390-392.
20. Laghzaoui Boukaidi M., Bouhya S., Soummami A., Hermas S., Bennan O., Sefrioui O., Aderdour M. *Pelvic hydatid yst: apropos of 8 cases*. Gynecol. Obstet. Fertil., 2001; 29(5):354-357.
21. El Mansouri A., Moumen M., El Fares F. *Pelvic echinococcosis in women. Two case reports*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). 1992; 21(5):503-506.
22. Milano C.T., Deppe G., Moshirpur J.A. *Disseminated pelvic Echinococcosis simulating ovarian carcinomatosis: case report and review of pelvic hydatid disease*. Obstet. Gynecol. Surv., 1981; 36(10):535-540.
23. Okumuş Y., Tayyar M., Patiroğlu T., Aygen E. *Uterine hydatid cyst*. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1994; 45(1):51-53.
24. Ozat M., Kanat-Pektas M., Gungor T. *Pelvic hydatid disease mimicking ovarian malignancy*. Arch. Gynecol. Obstet., 2011; 283(4):921-923.
25. Ozcan S., Karayalçın R., Ozyer S. *Large solitary paravaginal hydatid cyst: a rare cause of urethral injury*. Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2010; 21(12):1577-1579.
26. Rahman M.S., Rahman J., Lysikiewicz A. *Obstetric and gynaecological presentations of hydatid disease*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1982; 89(8):665-670.
27. Roychowdhury A., Bandopadhyay A., Bhattacharya P., Mitra R.B. *An unusual case of primary intrapelvic hydatid cyst*. Indian J. Pathol. Microbiol., 2010; 53(3):588-589.
28. Singh A.P., Sikarwar S., Shrivastava B.R., Gupta S., Sultana K. *Primary hydatidosis of female genital tract: a case report*. J. Indian Med. Assoc., 2009; 107(3):169-170.
29. Sing P., Mushtaq D., Verma N., Mahajan N.C. *Pelvic hydatidosis mimicking a malignant multicystic ovarian tumor*. Korean. J. Parasitol., 2010; 48(3):263-265.
30. Soumakis K., Altanis S., Katsiva V. *Primary pelvic hydatid cyst*. J. Obstet. Gynaecol., 2007; 27(7):745-746.
31. Tajdine M.T., Daali M. *Isolated pelvic hydatid*

cyst: one pediatric case. Arch. Pediatr., 2007; 14(11):1367-1368.

32. Tampakoudis P., Assimakopoulos E., Zafrakas M., Tzeveleakis P., Kostopoulou E., Bontis J. *Pelvic echinococcus mimicking multicystic ovary*. Ultrasound Obstet. Gynecol., 2003; 22(2):196-198.

33. Terek M.C., Ayan C., Ulukuş M., Zekioğlu O., Ozkinay E., Erhan Y. *Primary pelvic hydatid cyst*. Arch. Gynecol. Obstet., 2000; 264(2):93-96.

34. Uchikova E., Pehlivanov B., Uchikov A., Shipkov C., Poriazova E. *A primary ovarian hydatid cyst*. Aust. N Z J Obstet. Gynaecol., 2009; 49(4):441-442.

35. Uysal S., Tunçbilek I., Gökharman D., Kacar M., Birincioğlu P., Koşar U. *Female genitalia hydatidosis herniating to the inguinal canal*. Abdom. Imaging., 2005; 30(5):623-625.

36. Varedi P., Saadat Mostafavi S.R., Salouti R., Sadedi D., Nabavizadeh S.A., Samimi K., Larijani T., Darabi M., Mousavi S.M., Makhmalbaf A.O. *Hydatidosis of the pelvic cavity: a big masquerade*. Infect. Dis. Obstet. Gynecol., 2008; 2008:782621.

37. Vural M., Toy H., Camuzcuoglu H., Cece H. *Primary hydatid disease presenting as a pelvic mass*. J. Obstet. Gynaecol., 2010; 30(6):637-639.

38. Zergeroğlu S., Küçükali T., Koç O. *Primary ovarian echinococcosis*. Arch. Gynecol. Obstet. 2004; 270(4):285-286.

39. Zorlu C.G., Isik A.Z., Caglar T. *Primary pelvic echinococcosis in pregnancy*. Int. J. Gynaecol. Obstet., 1996; 52(2):177-178.

40. Zulfikaroglu E., Islimye M., Zulfikaroglu B., Danisman N. *Abdominal and pelvic hydatid cyst obstructing the labor*. Bratisl. Lek. Listy. 2010; 111(8):464-466.

41. Spiliotis J.D., Kakkos S.K., Petsas T., Siablis D., Androulakis J.A. *Inguinal swelling: a rare presentation of retroperitoneal hydatidosis*. Eur. J. Surg., 1999; 165(1):75-76.

Rezumat

Autorii prezintă revista literaturii în contextul etiologiei, patofiziologiei diagnosticului și metodelor de tratament al echinococului pelvian.

Summary

The authors present the literature review describing the etiology, pathophysiology, diagnosis and treatment policy for pelvic echinococcosis.

Резюме

Авторами представлен обзор литературы по этиологии, патофизиологии, диагностике и лечению эхинококка малого таза.

STENTUL METALIC AUTOEXPANDABIL – ALTERNATIVĂ A INTERVENȚIILOR DE URGENȚĂ ÎN TRATAMENTUL OCLUZIEI NEOPLAZICE DE COLON

Gheorghe Zastavnițchi, cercetător științific
Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă

Introducere. Ocluzia de colon este una dintre urgențele abdominale frecvente. În majoritatea cazurilor ocluzia de colon reprezintă o complicație a tumorilor intestinului gros (circa 80%), deși cauze primare pot fi patologii benigne, ca torsiunea colonului sigmoid și diverticuloza [1]. În pofida screeningului pentru cancerul colorectal, circa 8-40% din pacienții cu carcinom colorectal se adresează primar cu ocluzie de colon, deseori sediul obstacolului fiind distal de flexura lienală [2-7]. Astfel, ocluzia de colon stâng reprezintă o problemă chirurgicală actuală.

Intervențiile chirurgicale urgente pentru ocluzia de colon sunt asociate cu o morbiditate și o mortalitate semnificative, în acest context un număr important de pacienți vor fi stomizați temporar ori definitiv [3, 5, 8-11]. Actualmente există un consens de management chirurgical al pacienților cu ocluzii de colon drept, acesta constând în rezecție primară și anastomoză, cu excepția pacienților „compromiși”, fapt inexistent în cazul ocluziilor de colon stâng [3, 10, 12, 13].

Așadar, până în prezent în literatura de specialitate sunt descrise mai multe modalități de abordare chirurgicală și endoscopică a acestor pacienți: intervenții seriate, rezecții și anastomoze primare, stoma biluminală decompresivă, anastomoze primare cu stomă decopresivă – procedeul STEC, stentarea endoscopică cu scop decompresiv sau paliativ în cazul pacienților „inoperabili” [12-22]. Indiferent de modalitatea de tratament, soluționarea chirurgicală a ocluziei neoplazice de colon este asociată cu mortalitate și morbiditate ce depășește 10% și poate atinge 30% și 40-50%, respectiv [11, 23].

În premieră mondială stentarea endoscopică în tratamentul neoplaziilor ocluzive de colon a fost descrisă de Dohmoto M. în anul 1991 [24]. Primele stenturi plasate în colon au fost concepute pentru utilizare intravasculară sau în stentarea esofagului, actualmente acestea sunt special fabricate pentru montare în colon [24]. Totuși, primul tip de stent colonic intraluminal utilizat a fost sonda nasogastrică [25]. La momentul actual sunt accesibile două tipuri de SMAE: 1)